

Original Research

Explaining Sociological Determinant Affecting Women's Social Health

Nouredin Alahdadi¹

Abstract

Women's social health is a crucial factor in shaping the foundations and opportunities for the growth and development of any society. Indeed, the progress and excellence of a society depend on various aspects of its health, particularly in the physical, mental, and social dimensions. The purpose of this research is to elucidate the sociological determinants influencing the social health of women in Borujerd city. The quantitative research method, utilizing the survey technique and a questionnaire tool, was employed to collect data. A statistical sample of 385 individuals was selected from the studied population.

The research findings indicate a significant relationship between the feelings of cultural security, social security, political security, economic security, intellectual security, and identity security with the social health of women. The results of multivariate regression further reveal that the sense of security influences women's social health by 0.56; in other words, 56% of the variable representing women's social health can be explained as a dependent variable through the independent variables of the research.

Based on the research results, it can be concluded that the sense of security, as a crucial sociological structure, exerts a determining effect on the social health of women. The feeling of security serves as the essence and primary foundation of social health, and the realization of social health is contingent upon establishing a sense of security across social, cultural, intellectual, identity, economic, and political dimensions.

1. Assistant Professor, Department of Sociology, Payam Noor University, Iran, Tehran.
nalahdadi@pnu.ac.ir (**Corresponding Author**)

Submit Date: 2023/04/01

Accept Date: 2023/17/05



Keywords

Women's Health, Sense of Security, Social Health

Introduction

After the weaknesses of the biomedical approaches were revealed, attention turned towards the overall health approach. The overall approach considers various factors involved in determining a person's health, recognizing health as a state beyond the complete balance of the body. It considers the role of social, economic, psychological, and other factors in realizing health. The World Health Organization's definition aligns with this approach, defining health as physical, mental, and social well-being, extending beyond the absence of illness or disability. This definition introduced the role of social factors for the first time, laying the foundation for the social health model.

Social health, as a dimension of health, is the ability to perform social roles effectively and efficiently without harming others; it evaluates a person's condition and performance in society (Raymond et al., 2004: 14). While social health is a relatively new category in sociological literature, there have been limited experimental works in Iran. This research aims to explain the sociological determinants of women's social health, with a focus on the feeling of security as a significant and determining construct.

Methodology

This research adopts a comparative strategy, utilizing a quantitative method, survey technique, and a questionnaire tool. Deductive designs are applied through a deductive-hypothetical approach, employing a predetermined theoretical framework. Data were collected using survey techniques and questionnaires, processed using descriptive and inferential statistics. The study population comprises women in Borujerd city, with a sample size of 385 people determined by Cochran's formula.

Findings

Regression analysis of the sense of security on social health reveals that, with a significance level of less than 5 percent, dimensions of the sense of security significantly affect social health. The beta effect order is as follows: sense of cultural security (0.23), sense of identity security (0.19), sense of social security (0.18), sense of intellectual security (0.11), and sense of political security (0.08). The regression model is accepted according to the statistical results, rejecting the research hypothesis (H0) regarding the lack of effect of

the feeling of security on social health and supporting hypothesis (H1) regarding the effect of the feeling of security on health.

Result

The results indicate that the feeling of security, as a crucial sociological structure, determines women's social health. The feeling of security is the essence and main platform of social health. Social health cannot be realized without providing platforms for the feeling of security across social, cultural, intellectual, identity, economic, and political dimensions. Women play a fundamental role in the social health of society, and all-round development depends on women's social health. It is suggested to conduct more research, both quantitative and qualitative, in the field of the feeling of security and women's social health. Appropriate social and cultural policies should be implemented based on the research results to establish women's social health infrastructure as a crucial indicator of social development. Considering the determination of the sense of security on women's social health, with the greatest effect on the dimensions of social security and identity security, it is recommended to provide necessary infrastructures to enhance the sense of security, especially in the cultural, social, and identity dimensions.

References

- Bayat, B. (1988). *Sociology of Security Sense*. Tehran, Amirkabir Publications. (In Persian)
- Behzad, D. (2012). social capital is a platform for creating mental health. *Social Welfare*, 2(6), 43-53. (In Persian)
- Blanco, A. & Diaz, D. (2007). Social order and mental health, a social well-being approach. Autonomous University of Madrid, Psychologie in Spain, vol.11(5).
- Farrokhjasteh, H. (2009). Historical investigation of attitudes and mentalities in Iran and its relationship with public security. Tehran, Ministry of Interior Publications. (In Persian)
- Farsinejad, M. (2013). Investigation of the relationship between identity styles and social health and academic self-efficacy in second grade male and female high school students in Tehran. Tehran University, Faculty of Psychology, Master's Thesis. (In Persian)
- Giddens, A. (1978). *Modernity and Individuality*, Translated by Nasser Moafaqian. Tehran, Ni Publication, 4th edition. (In Persian)
- Hashemianfar, A., Hawasi, A., Ismailzadeh, H. & Bratund, M. (2013). Investigating the causes of the tendency to use stimulants among high school students in Khorram Abad city in 2012. *Social Development*, 7(4), 7-22. (In Persian)



- Hejazi, G., Farsinejad, M. & Asgari, A. (2016). Identity styles and academic achievement: the role of academic self-efficacy. *Journal of Psychology*, 11(4), 413-394. (In Persian)
- Homan, H. A. (2008). Modeling with Structural Equations Using Laserl Software, Samet Publications. (In Persian)
- Keyes, C. L. M. (2004). Complete mental health: An agenda for the 21: century washington.
- Kongerlo, M. (2007). Measuring the social health of witness and non-witness students in Allameh Tabatabai University. Master's Thesis of Social Work of Allameh Tabatabai University. (In Persian)
- Larson, J. (1993). The measurement of social well-being. *Social Indicators Research*, 28, 285-296.
- Leffert, N., Benson, P. L., Scale, P. C., Sharma, A. R., Dynne, R. & Blyth, D. D. (1998). Developmental assets: Measurement and prediction of risk behaviors among adolescents. *Applied Developmental Science*, 2(4), 209-300.
- Mehrmand, A., Ashrafi Sultan Ahmadi, H. & Azizin Nejad, S. (2018). Mental health and its role in the emergence of high-risk behaviors of adolescents with an emphasis on social security in Urmia city. *Social Order*, 3(2), 87-103. (In Persian)
- NazokTabar, H., Safarfar, A. & Khamse, F. (2018). investigating the relationship between Islamic lifestyle and social health and mental security of students. *Lifestyle With a Focus on Social Health*, 3(3), 32-40. (In Persian)
- Novo, R. & Lima, M. (2006). So far so good? subjective and social well-being in Portugal and Europe. *Portuguese Journal of Social Science*, 5(1), 5-33.
- Rezaei, O., Mazloum Khorasani, M. & Majdi, A. A. (2014). Study of the effect of feeling of social security on the social health of citizens of Mashhad. *Scientific and Research Quarterly of Social Security*, 2(44), 139-162. (In Persian)
- Saei, A. (2008). Statistical Analysis in Social Sciences. Tehran: Kian Mehr Publications. (In Persian)
- Sajjadi, H. & Sadr al-Sadat, J. (2004). Social health indicators. *Political Economic Information*, 19(4-3), 253-244. (In Persian)
- Salehi, R. (2006). Social security, characteristics and consequences. *Public Security*, 1(1), 35-55. (In Persian)
- Sam-Ara, E. (2008). Examining the relationship between social health and social security with an emphasis on the community-oriented police approach. *Social Order Scientific Research Quarterly*, 1(1), 9-29. (In Persian)
- Sarmad, Z. (1978). Research methods in behavioral sciences, Tehran: Age Publications. (In Persian)



- Sarukhani, B. & Hashem-Nejad, F. (2018). Investigating the relationship between social capital and feeling of social security among the youth of Sari city. *Sociology Quarterly of Youth Studies*, 2(2), 81-94. (In Persian)
- Schultz, D. & Shultz, S. (1975). *Personality Theories*. Translated by Yahya Seyed Mohammadi. Tehran publication.
- Sediq Sarostani, R. (1985). Social security, urbanization and the ecology of fear. *Collection of Articles of the Conference on the Role of Psychology and Counseling and Assistance*. (In Persian)
- Shapiro, A. & Corey Lee, M. (2007). Marital status and social well-being: Are the married always better off. *Social Indicators Research*, 88(2), 329-346.
- Sharbatian, M. & Imani, N. (2017). Sociological analysis of social health of young people and the factors affecting it (case study: Youth aged 18 to 30 years in Qain city). *Applied Sociology*, 29(1), 167-188. (In Persian)
- Tavasoli, G. (1969). *Sociological Theories*, Samt Publications. (In Persian)
- Turabi, Y. & Godarzi, A. (2013). Values and social security. *Police Science Quarterly*, 6(2), 31-46. (In Persian)
- Yari, H. & Hazarjaribi, J. (2012). Investigating the relationship between the sense of security and social trust among citizens (a case study of Kermanshah city). *Strategic Researches on Security and Social Order*, 1(4), 39-58. (In Persian)



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

تبیین جامعه‌شناختی تعیین‌کنندگان مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان

نورالدین اله دادی^۱

چکیده

سلامت اجتماعی زنان عاملی بسیار مهم در شکل‌گیری بسترها و فرصت‌های رشد و توسعه هر جامعه‌ای است. در واقع رشد و تعالی هر جامعه‌ای در گرو جنبه‌های گوناگون سلامت آن جامعه، به ویژه ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد. هدف این پژوهش تبیین جامعه‌شناختی تعیین‌کنندگان مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان شهر بروجرد است. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش تحقیق کمی، تکنیک پیمایش و ابزار پرسشنامه استفاده شده است. از بین جامعه مورد مطالعه، ۳۸۵ نفر به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که بین احساس امنیت فرهنگی، احساس امنیت اجتماعی، احساس امنیت سیاسی، احساس امنیت اقتصادی، احساس امنیت فکری و احساس امنیت هویتی با سلامت اجتماعی زنان رابطه معنی‌داری وجود دارد. نتایج رگرسیون چند متغیره نیز نشان می‌دهد که احساس امنیت به میزان ۵۶ درصد بر سلامت اجتماعی زنان اثر می‌گذارد؛ به این معنا که ۵۶ درصد از متغیر سلامت اجتماعی زنان به‌عنوان متغیر وابسته به واسطه متغیرهای مستقل پژوهش قابل تبیین است. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت احساس امنیت به‌عنوان یک سازه جامعه‌شناختی مهم، اثری تعیین‌کننده بر سلامت اجتماعی زنان دارد. در واقع احساس امنیت جوهره و بستر اصلی سلامت اجتماعی است و بدون فراهم کردن بسترهای احساس امنیت در ابعاد اجتماعی، فرهنگی، فکری، هویتی، اقتصادی و سیاسی، سلامت اجتماعی محقق نخواهد شد.

^۱. استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)



واژگان کلیدی

سلامت، زنان، احساس امنیت، سلامت اجتماعی

مقدمه و بیان مسئله

سلامت در طول سده‌ها از یک مفهوم انفرادی، به صورت یک هدف جهانی و دربرگیرنده کیفیت زندگی درآمده است. عموماً دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارند که عبارتند از:

۱. رویکرد بیماری محور: این رویکرد با حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است؛ از این منظر سلامتی حالتی است که علائم بیماری در فرد وجود نداشته و سلامت هدف نهایی پزشکی باشد. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین‌کننده زیست‌محیطی، اجتماعی و روان‌شناختی نادیده گرفته می‌شود. همچنین، این الگو در حل بسیاری از مسائل بهداشتی انسان از جمله: اعتیاد، بیماری‌های روانی و... نارسا بوده است (سجادی و دیگران، ۱۳۸۴).

۲. رویکرد سلامتی محور: در آن سلامت را به‌عنوان حالت برخوردار از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کنند. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت را دارا باشد (بلانکو و دیاز، ۲۰۰۷).

از میان مؤلفه‌های اجتماعی، یکی از مهم‌ترین مفاهیمی که به ارزیابی نحوه عملکرد فرد و جامعه می‌پردازد و به نظر می‌رسد متأثر از نگرش انسان‌ها باشد، سلامت اجتماعی است که در واقع هم بخشی از وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد. به‌طور کلی بعد اجتماعی سلامت در برگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگتر است. از این نظر هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو جامعه‌ای بزرگتر محسوب می‌شود. در سنجش سلامت اجتماعی به نحوه ارتباط شخص در شبکه روابط اجتماعی توجه می‌شود. اهمیت توجه به بعد اجتماعی توسعه و همچنین، تأکید سازمان بهداشت جهانی بر سلامت اجتماعی در کنار سلامت فیزیکی، سبب شده است تا

¹. Blanco & Diaz

امروزه سلامت اجتماعی به دغدغه مشترک جامعه‌شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی در هر جامعه‌ای تبدیل شود (نازک‌تبار و همکاران، ۱۳۹۸).

از سویی یکی از مهم‌ترین مفاهیمی که امروزه در زندگی شهری اهمیت دارد، احساس امنیت است. امنیت موضوعی است که همگان بر وجود آن معترف بوده و از جمله نیازهای اساسی بشر به شمار می‌رود. در محیط ناامن، قدرت تفکر و خلاقیت از انسان سلب شده و رفتارهای خشن و دیگر انحرافات افزایش می‌یابد (هاشمیان‌فر و همکاران، ۱۳۹۲). تحولات شتابان جامعه بشری در دهه‌های پایانی قرن بیستم زمینه‌ساز پیدایش گفتمان و رویکردی نوین نسبت به امنیت گردید و نگرش‌ها و انگاره‌های سنتی به امنیت که آن را پدیده‌ای منفک و مجرد از متغیرها و مؤلفه‌های اجتماعی قلمداد می‌نمود، دستخوش زوال قرار گرفت. در گفتمان جدید امنیت اجتماعی که قبلاً به مفهوم تأمین اجتماعی^۱ تلقی می‌شد به مفهوم جدید امنیت اجتماعی یا امنیت جامعه‌ای مورد توجه قرار گرفت (ترابی و همکاران، ۱۳۸۳). تمام عرصه‌های زندگی متأثر از متغیر امنیت است؛ زیرا آنچه رفتار را بیش از همه تحت تأثیر قرار می‌دهد، عنصر ناخودآگاه است و امنیت متغیری است که ناخودآگاه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با افزایش امنیت، کمال و استعلائی انسان امکان‌پذیر می‌شود و با کاهش امنیت آرمان‌های انسان کاهش می‌یابد؛ به گونه‌ای که گاه فرد کاملاً در خفت معنایی و هویتی فرو می‌رود. در واقع تعالی جامعه، رشد فکر و اندیشه، ارائه افکار نوین و نظریه‌های علمی، توسعه و رشد استعدادها، همگی ریشه در عنصر امنیت دارد. برای دسترسی به جامعه‌ای که از نظر اجتماعی سالم باشد، اعضای جامعه بایستی از نظر دسترسی به امکانات اولیه و نیازهای اساسی زندگی خود تأمین باشند. در حقیقت امنیت یک تولید اجتماعی است. احساس امنیت محصول کنش متقابل اجتماعی است و از درون تعامل‌های متقابل افراد، گروه‌ها و نهادها متجلی می‌شود و در بستر جامعه معنا و مفهوم می‌یابد. در واقع احساس امنیت حاصل فرآیند مستمر کنش متقابل بین اعضای جامعه است و علل آن در کنش‌های عادی و روزمره مردم است. به عبارتی احساس امنیت نوعی تولید اجتماعی است که همه نهادهای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی در شکل‌گیری آن سهیم هستند. از طرفی احساس امنیت در شکل‌گیری و پایداری ساختارهای اجتماعی اثرات تعیین‌کننده‌ای دارد. امنیت برای هر جامعه‌ای از نیازهای اساسی به شمار می‌رود. این پدیده از منظر علوم انسانی و اجتماعی مورد بررسی صاحب‌نظران و پژوهشگران

1. Social Security



قرار گرفته است. مفهوم "احساس امنیت" یک محصول اجتماعی است که نهادهای جامعه و ارکان جامعه را در بر می‌گیرد؛ از جمله مردم، حاکمیت و پلیس در تولید، تقویت و ارتقای آن نقش کلیدی دارند؛ ولی خود فرد و ویژگی‌های اجتماعی و شخصیتی او هم در ایجاد این احساس سهیم هستند. در واقع احساس امنیت فراتر از ادبیات نظری امنیت، به‌عنوان موضوعی قلمداد می‌شود که در فضای اجتماعی جامعه با منطق خاص، تولید، حفظ و بازتولید می‌شود و بر این مبنا استقلال موضوعیت پیدا کرده است (شربتیان و هکاران، ۱۴۰۱). از سویی سلامت اجتماعی یکی از سازه‌های مهم جامعه‌شناختی است که هم بر پارامترهای اجتماعی و فرهنگی اثرگذار و هم اثرپذیر است. سلامت صرفاً یک مفهوم زیست‌پزشکی^۱ نیست که بتوان آن را با رویه‌های درمانی از جمله؛ مداخلات پزشکی و یا با بسط و گسترش نهادهای پزشکی مانند تربیت متخصصان علوم پزشکی و رشته‌های وابسته تأمین کرد، بلکه پدیده‌ای چند بعدی، چند لایه و چند دلالتی است و عوامل مختلفی مانند متغیرهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، زیست محیطی و... بر آن تأثیر گذارند. سلامت افراد یکی از بنیان‌های اصلی یک جامعه متعادل است و بقای هر جامعه‌ای به افراد تشکیل‌دهنده آن بستگی دارد. به همین دلیل از دیرباز موضوع سلامتی، مورد توجه عالمان قرار گرفته و تحقیقات زیادی نیز در مورد سلامت جسمی و همچنین، سلامت روانی افراد انجام شده است؛ اما، در این میان توجه به سلامت اجتماعی به نوعی با غفلت مواجه شده است (سام‌آرا، ۱۳۸۸). پس از آشکار شدن ضعف رویکردهای زیستی-پزشکی، نوعی چرخش توجه به سمت رویکرد کلیت سلامت صورت گرفت. رویکرد کلیت سلامت عوامل متعددی را در تعیین سلامت فرد دخیل می‌داند و سلامتی را حالتی فراتر از تعادل کامل بدن به شمار می‌آورد و نقش عوامل اجتماعی، اقتصادی، روانی و... را نیز در تحقق سلامت در نظر می‌گیرد. تعریفی که سازمان بهداشت جهانی^۲ از سلامت ارائه داده است نیز ملهم از رویکرد اخیر در مورد سلامت است؛ براساس این تعریف سلامت: رفاه جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط بیمار یا معلول نبودن است. در این تعریف بود که نخستین بار در کنار عوامل جسمانی و روانی، به نقش عوامل اجتماعی نیز اشاره شد و در واقع مقدمه‌ای برای طرح الگوی سلامت اجتماعی شد. سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، عبارت از توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب

1. Biomedical

2. WHO

رساندن به دیگران است که در واقع همان ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه می‌باشد. (ریموند و همکاران^۱، ۲۰۰۴). سلامت اجتماعی در ادبیات جامعه‌شناسی، یک مقوله نسبتاً تازه است و در ایران نیز کارهای تجربی زیادی پیرامون آن صورت نگرفته است. می‌توان گفت سلامت اجتماعی و تبیین تعیین‌کنندگان مؤثر بر آن و از جمله احساس امنیت به‌عنوان سازه‌ای مهم و تعیین‌کننده در مطالعات زنان کمتر مورد توجه قرار گرفته است. از این رو این پژوهش به دنبال تبیین جامعه‌شناختی تعیین‌کنندگان مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان است.

پیشینه تجربی

هرچند حوزه سلامت اجتماعی در ادبیات جامعه‌شناسی یک مقوله تازه وارد است و کارهای تجربی زیادی پیرامون آن صورت نگرفته است، اما، پژوهش‌هایی هم وجود دارد که به نوعی مرتبط با احساس امنیت و سلامت اجتماعی هستند.

مک آرتور^۲ (۱۹۹۵) مطالعه‌ای با عنوان بررسی اپیدمیولوژی سلامت اجتماعی در ایالات متحده انجام داد. وی هدف این پژوهش را دستیابی به مقدار شیوع سلامت اجتماعی سطح بالا و پایین و چگونگی توزیع سلامت اجتماعی در جمعیت با توجه به متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی بیان می‌کند. یافته‌هایی که مک آرتور از شاخص‌سازی و مقیاس‌بندی متغیر سلامت اجتماعی به‌دست آورد، نشان‌دهنده این است که اکثریت افراد بزرگسال ایالات متحده، سلامت اجتماعی سطح متوسط تا بالا دارند، اما، نسبت شایان توجهی از جمعیت، سلامت اجتماعی نسبتاً پایینی داشتند که از نظر بهداشت روان می‌توان آن را به‌عنوان یک ناسالمی اجتماعی در نظر گرفت.

بلانکو و دیاز (۲۰۰۷) در مقاله‌ای با عنوان نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی سعی کردند تا ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را به‌عنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل افسردگی، عزت نفس، محرومیت، انومی و... مورد بررسی قرار دهند. نتایج نشان داد ریشه سلامت ذهنی و روانی افراد به نوعی به ابعاد سلامت اجتماعی برمی‌گردد. در واقع کسانی که عقاید مثبت و تجارب خوبی در ارتباط با زندگی اجتماعی‌شان دارند، دارای عزت نفس و رضایت از زندگی بالا و به‌طور کلی از سلامت بالایی

^۱. Reimond et al

4. Mack Arthur



برخوردارند و داشتن عقاید و نگرش منفی در مورد زندگی اجتماعی سبب افسردگی، انومی، احساسات منفی و احساس محرومیت می‌شود که این عوامل موجب بی‌تفاوتی و کناره‌گیری آن‌ها از زندگی اجتماعی می‌گردد.

لفرت و همکاران (۱۹۹۸) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که وجود نقاط قوت و امتیازاتی که فرد در خود احساس می‌کند، از قبیل: عزت نفس، تحمل، هدفمندی و ارتباط با همسالان در کاهش رفتارهای پرخطر و تهدید کننده امنیت اجتماعی و بروز ناهنجاری‌های تأثیر دارند. نوو و لیماد (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای سعی کردند سطوح سلامت ذهنی و اجتماعی را در ۲۰ کشور اروپایی شناسایی کنند. نتایج نشان داد که کشورهای دانمارک و فنلاند بالاترین میزان را در شاخص‌های سلامت و کشور لهستان پایین‌ترین شاخص را دارد.

کیزی و شاپیرو (۲۰۰۷) به بررسی وضعیت تأهل افراد و سطح سلامت اجتماع بر آن‌ها روی ۳۰۳۲ نفر به‌عنوان نمونه از مردم ایالات متحده آمریکا به مطالعه پرداختند. نتایج این تحقیق نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی افراد متأهل و مجرد هیچ تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما مردانی که هرگز ازدواج نکرده‌اند، نسبت به زنانی که هرگز ازدواج نکرده‌اند سطح پایین‌تری از سلامت اجتماعی را دارا بودند.

سام آرا (۱۳۸۸) در مقاله‌ای به بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رابطه سلامت محور جامعه پرداخت. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که رابطه‌ای مستقیم بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش مقدار سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. همچنین، شاخص مشارکت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت اجتماعی است که از مهم‌ترین عوامل تحقق پلیس جامعه-محور، یعنی توانمندسازی اجتماع به منظور کمک به رفع و حل مشکلات افزایش جرم و بی‌نظمی در اجتماع است. بنابراین امکان تحقق اهداف پلیس جامعه‌محور در جامعه‌ای با افراد دارای سلامت اجتماعی بالا به دلیل سهولت مشارکت اجتماعی و افزایش اعتماد اجتماعی بیشتر است.

حجازی و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی به بررسی رابطه سبک‌های هویت و تعهد هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی ۴۰۰ دانش‌آموز پایه دوم دبیرستان پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که در میان اجزاء هویت سبک اطلاعاتی و تعهد هویت به‌طور مستقیم و سبک هویت معشوش-اجتنابی به‌طور غیرمستقیم (با واسطه تعهد هویت) قادر به پیش‌بینی و تبیین

خودکارآمدی تحصیلی و سلامت اجتماعی است و نوجوانان اطلاعات مدار و نوجوانان دارای تعهد هویت، خودکارآمدی تحصیلی و سلامت تحصیلی بالاتری دارند.

رضایی و همکاران (۱۳۹۴) پژوهشی با عنوان مطالعه تأثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان مشهد انجام دادند. نتایج الگوسازی معادلات ساختاری این تحقیق نشان داد که احساس امنیت اجتماعی به میزان ۴۱ درصد بر سلامت اجتماعی تأثیر مثبت می‌گذارد؛ یعنی با افزایش احساس امنیت اجتماعی شهروندان، سلامت اجتماعی آن‌ها نیز افزایش خواهد یافت.

شربتیان و همکاران (۱۳۹۷) پژوهشی با عنوان تحلیل جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی جوانان و عوامل مؤثر بر آن، بر روی جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال در شهرستان قاین انجام دادند. در این پژوهش از روش پیمایشی و نمونه‌گیری خوشه‌ای برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است. نتایج به‌دست آمده نشان می‌دهد تأثیر متغیرهای اجتماعی همچون سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، نشاط اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی بر سلامت اجتماعی جوانان مشاهده می‌شود.

چارچوب نظری

لارسون و کیز (۱۹۹۳) با توجه به رویکرد سلامت محور یک چارچوب مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. از نظر آنان سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابط با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع شامل؛ پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است. برای هدایت نظری تحقیق و تبیین رابطه احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی از نظریه سلسله مراتب نیازهای مازلو و از نظریه لارسون و کیز استفاده شده است.

سلامت اجتماعی به معنای ارزیابی فرد از اجتماع، کیفیت و کمیت ارتباط شخص با اجتماع را در برمی‌گیرد. سلامت اجتماعی از دو جهت می‌تواند مورد بحث قرار گیرد؛ یکی واحد تحلیل که می‌تواند شخص، خانواده، اجتماع و یا به‌طور کلی جامعه باشد و جنبه دوم مجموعه‌ای از عواملی از جمله؛ جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی، روانی، جسمانی و احساسی است که فرد به آن‌ها توجه دارد (پارری، ۲۰۰۸). عوامل ساختاری، اجتماعی و فردی با سطوحی متفاوت از سلامتی در ارتباط است. سلامت چه فردی و جمعی، از مهم‌ترین ابعاد حیات انسان است و شرطی



اساسی برای ایفای نقش‌های اجتماعی است. همه انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیتی کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن‌ها را سالم بداند (لارسن، ۱۹۹۶). سلامت اجتماعی را گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که متعلق به آن‌هاست، تعریف می‌کند و بر این باور است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل آن دسته از پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر، رفتار) است که نشان‌دهنده رضایت یا ناراضی‌تبی فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (نیک‌آبادی، ۲۰۱۱). کیز بر این باور است که سلامت روانی، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی می‌کند اما، سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد. کیز معتقد است سلامت اجتماعی را می‌توان ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف کرد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

مازلو نیازهای اساسی انسان را در هرمی جای داده است که دارای پنج طبقه است. طبقات پایین‌تر هرم، نیازهای حیاتی‌تر و ساده‌تر و طبقات بالاتر، نیازهای پیچیده‌تر ولی کم‌اهمیت‌تر را نشان می‌دهند. نیازهای طبقات بالاتر وقتی مورد توجه قرار می‌گیرند که نیازهای طبقات پایین‌تر برطرف شده باشند. وی نیازهای انسانی را نوع ویژه‌ای از غرایز می‌داند که در حیوانات یافت نمی‌شوند. بیشتر روان‌شناسان درباره این نیازها گفته‌اند، اما نظریه مازلو درباره نیازها و سلسله مراتب آن‌ها در انسان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر اساس نظریه مازلو نیازهای انسانی به ۵ دسته تقسیم می‌شوند:

۱. نیازهای فیزیولوژیک یا جسمانی

۲. نیاز به امنیت

۳. نیازهای اجتماعی

۴. نیاز به احترام و صیانت ذات

۵. نیاز به خودشکوفایی و تحقق خویشتن

بر اساس نظریه مازلو، هرگاه نیازهای فردی به طبقه بالاتر حرکت کرد، نیازهای طبقات پایین‌تر، چندان مورد توجه اصلی او نخواهند بود. اگر هم به صورت موردی به یک نیاز در طبقه‌های پایین‌تر احتیاج پیدا کند، به صورت موقتی اولویت آن نیاز را بالا می‌برد ولی هرگز به صورت

دائمی به طبقه پایین‌تر بر نمی‌گردد. چهار طبقه اول هرم مازلو نیازهای پایه یا نیازهای فقدانی نام دارند. طبقه سوم در سلسله مراتب نیازهای مازلو مربوط به نیازهای اجتماعی است. انسان موجودی اجتماعی است و هنگامی نیازهای اجتماعی اوج می‌گیرد، آدمی برای روابط معنی‌دار با دیگران، سخت می‌کوشد. این طبقه نیازهای اجتماعی شامل؛ دوستی، صمیمیت، خانواده پشتیبان و روابط مناسب داشتن با انسان‌ها، تعلق داشتن و پذیرفته شدن در جامعه را شامل می‌شود. این نیاز می‌تواند از سوی گروه‌های بزرگ (مانند باشگاه‌های ورزشی، اداره، گروه‌های مذهبی، سازمان‌های حرفه‌ای و...) یا گروه‌های اجتماعی کوچک (مانند اعضای خانواده، همسر یا دوست نزدیک، معلم، همکار یا هم‌تحصیل نزدیک، اشخاص مورد اعتماد و...) ارضا می‌شود. افراد همچنین نیاز دارند، توسط دیگران دوست داشته شوند و آن‌ها را دوست داشته باشند. در نبود چنین پذیرفته‌شدنی، فرد در معرض تنهایی، اضطراب اجتماعی یا افسردگی قرار می‌گیرد (شولتز، ۱۳۷۵).

امنیت از جمله پدیده‌های مهم و شایان توجهی است که از نیازها و ضرورت‌های اساسی و پایه‌ای فرد و جامعه به شمار می‌رود و فقدان آن و یا اختلال در آن، پیامدها و بازتاب‌های نگران‌کننده و خطرناکی به دنبال دارد و تأمین و مراقبت از آن در فرآیند پایایی و پایداری امنیت در ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، نظامی و جغرافیایی از مطلوبیت ویژه‌ای برخوردار است (ترابی و همکاران، ۱۳۸۳).

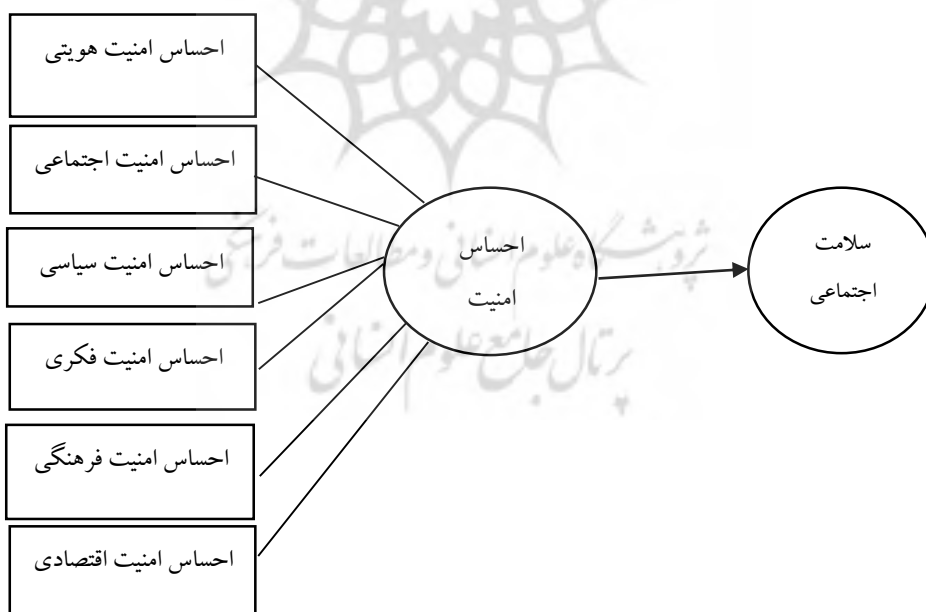
با اندکی تأمل می‌توان فهمید که نیازهای اجتماعی که مازلو در این طبقه به آن‌ها اشاره دارد، در واقع همان چیزی است که مد نظر مفهوم سلامت اجتماعی است. داشتن روابط مناسب با سایر افراد جامعه، تعلق داشتن به جامعه، پذیرفته شدن از سوی سایر افراد و... در واقع به ابعاد سلامت اجتماعی اشاره دارد. همچنین، در نهایت مازلو عنوان می‌کند که عدم ارضای نیازهای اجتماعی به انزوای فرد در جامعه می‌انجامد که این مفهوم انزوای اجتماعی دقیقاً نقطه مقابل سلامت اجتماعی است. ناامنی اجتماعی تأثیر نامطلوبی بر سلامت اجتماعی دارد. ناامنی می‌تواند فراتر از زندگی قربانیان آن، بر آن‌هایی که تجربه غیرمستقیمی از جرم داشته‌اند نیز تأثیر بگذارد. ناامنی می‌تواند فضایی از بی‌نظمی را ایجاد کند که در آن شهروندان قادر به اعمال کنترل غیررسمی بر اجتماع خود نیستند و بنابراین ترس منجر به افزایش جرم خواهد شد. ترس از جرم، بیشتر از خود جرم زیان می‌رساند و منجر به افت روحیه در جامعه می‌شود (صدیق سروستانی، ۱۳۸۵). همچنین، ترس و ناامنی در طی زمان، تأثیرات مخرب بر کیفیت زندگی دارد و منجر به مراقبت و محافظت



غیرضروری مردم از خودشان می‌شود؛ آن‌ها را از فعالیت‌های اجتماعی باز می‌دارد و میزان بی‌اعتمادی را در جامعه افزایش می‌دهد (سام‌آرا، ۱۳۸۸).

احساس امنیت اجتماعی از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی است. بنابراین طبق نظریه سلسله مراتب نیازهای مازلو، تأمین امنیت و ارضای این نیاز، پیش‌نیاز رسیدن به سلامت اجتماعی است. افراد جامعه تا زمانی که از امنیت کافی برخوردار نباشند و در واقع احساس امنیت نکنند، نیازهای اجتماعی نیز برای آن‌ها معنایی نخواهد داشت و در نتیجه سلامت اجتماعی‌شان تأمین نخواهد گردید.

کییز (۱۹۹۸) از نظریه‌پردازان اصلی سلامت اجتماعی عنوان می‌کند که این مفهوم به ماهیت اجتماعی زندگی و چالش‌های آن اشاره دارد، چون چالش‌هایی که افراد در زندگی اجتماعی با آن روبه‌رو هستند، ملاکی برای کیفیت زندگی آن‌هاست. کییز همچنین، اذعان می‌کند که پایین بودن میزان سلامت اجتماعی در افراد جامعه، باعث می‌شود که نتوانند به نحو مناسب با دیگران ارتباط برقرار کنند و به همین دلیل دچار نوعی انزوای اجتماعی می‌گردند. که این عامل زمینه بروز انحرافات اجتماعی را فراهم می‌کند.



شکل ۱. الگو نظری تحقیق

فرضیه‌های پژوهش

- ✓ بین احساس امنیت فرهنگی و سلامت اجتماعی زنان رابطه معناداری وجود دارد.
- ✓ بین احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان رابطه معناداری وجود دارد.
- ✓ بین احساس امنیت هویتی و سلامت اجتماعی زنان رابطه معناداری وجود دارد.
- ✓ بین احساس امنیت سیاسی و سلامت اجتماعی زنان رابطه معناداری وجود دارد.
- ✓ بین احساس امنیت اقتصادی و سلامت اجتماعی زنان رابطه معناداری وجود دارد.
- ✓ بین احساس امنیت فکری و سلامت زنان رابطه معناداری وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش

به لحاظ روش‌شناسی این پژوهش مبتنی بر استراتژی قیاسی، روش کمی، تکنیک پیمایش و ابزار پرسشنامه است. طرح‌های قیاسی به طرح‌هایی اطلاق می‌شود که با اتخاذ رویکرد قیاسی-فرضیه‌ای و تعیین چارچوب نظری از پیش تعیین شده، صورت می‌پذیرند. داده‌های پژوهش با استفاده از تکنیک پیمایش و ابزار پرسشنامه، جمع‌آوری و با بکارگیری آماره‌های توصیفی و استنباطی مورد پردازش قرار گرفتند.

جامعه و نمونه آماری پژوهش

جامعه مورد مطالعه زنان شهر بروجرد و حجم نمونه براساس فرمول کوکران برابر با ۳۸۵ نفر است. داده‌های تحقیق بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و پرسشنامه جمع‌آوری شده‌اند.

روایی و پایایی پژوهش

ابزار پرسشنامه در این تحقیق دارای اعتبار یا روایی صوری و پایایی است. بدین معنا که تعدادی از متخصصان و صاحب‌نظران کلیت آن را در جهت پاسخگویی به هدف اصلی تحقیق تأیید



نموده‌اند. به منظور سنجش پایایی قسمت‌های مختلف پرسشنامه که هر کدام متغیری واحد را مورد سنجش قرار داده است از تکنیک ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است.

جدول ۱. مقدار ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای تحقیق

ضریب آلفای کرونباخ	متغیر
۰/۸۳	احساس امنیت فکری
۰/۷۹	احساس امنیت هویتی
۰/۸۱	احساس امنیت اجتماعی
۰/۸۰	احساس امنیت سیاسی
۰/۸۴	احساس امنیت فرهنگی
۰/۸۲	احساس امنیت اقتصادی
۰/۷۷	یکپارچگی اجتماعی
۰/۸۵	پذیرش اجتماعی
۰/۷۹	انسجام اجتماعی
۰/۸۳	مشارکت اجتماعی
۰/۷۸	شکوفایی اجتماعی

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج به دست آمده بر اساس جدول شماره بالا نشان‌دهنده وجود پایایی در حد قابل قبول یا خوب برای قسمت‌های مختلف پرسشنامه است.

سازه‌های پژوهش

احساس امنیت

امروزه مفهوم احساس امنیت اجتماعی به عنوان مفهوم مهمی در جامعه‌شناسی قد برافراشته است. این رویداد، پس از جنگ جهانی دوم به وقوع پیوست. به واسطه تغییر و تحولاتی که پس از جنگ جهانی دوم بر جوامع حاکم گردید، مشخص شد که بعد ذهنی امنیت (احساس امنیت)، اهمیت غیرقابل انکاری پیدا کرده است، زیرا این احساس ناشی از تجربه‌های عینی و اکتسابی افراد از

شرایط و اوضاع پیرامونی است و فقط به شاخص‌های امنیت قابل تقلیل نیست (بیات، ۱۳۸۸). میزان احساس امنیت عبارت از رد کردن تهدیدات و فرصت‌های تهدیدآمیز است که تنها به حوزه‌های اقتصاد، فرهنگ و سیاست محدود نمی‌شود، بلکه تمامی جنبه‌ها و شئون اجتماعی را در برمی‌گیرد (یاری و همکاران، ۱۳۹۲). در این پژوهش احساس امنیت در شش بعد اجتماعی، فرهنگی، فکری، هویتی، سیاسی و اقتصادی مورد سنجش قرار گرفته است.

سلامت اجتماعی

کییز یک الگوی نظری ارائه داد که براساس آن سلامت اجتماعی در پنج بعد قابل سنجش است. بر اساس الگوی نظری کییز فردی سالم است که اجتماع را به صورتی معنادار و قابل فهم و دارای پتانسیل‌های بالقوه برای پیشرفت و شکوفایی بداند و ضمن احساس تعلق به گروه‌های اجتماعی، خود را در پیشرفت اجتماع سهیم بداند. ابعاد سلامت اجتماعی عبارتند از: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

الف) روش توصیفی:

در این پژوهش با استفاده از روش‌های آماری توصیفی اعم از جداول توزیع فراوانی، درصد و محاسبه شاخص‌های گرایش مرکزی و انحرافی به بررسی هر یک از متغیرهای مورد نظر تحقیق پرداخته شد.

ب) روش استنباطی:

از آزمون‌های آماری متناسب (ضریب همبستگی پیرسون، و ضریب رگرسیون) استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

در این قسمت توصیفی از پاسخگویان در رابطه با متغیرهای اصلی تحقیق به شرح جدول ۱ ارائه شده است. نمونه آماری این تحقیق، ۳۸۵ نفر از زنان شهر بروجرد است. به لحاظ سنی نمونه آماری در ده گروه سنی طبقه‌بندی شده‌اند. ۱۱ درصد از پاسخگویان در گروه سنی ۱۵ سال قرار گرفتند، ۱۳ درصد در گروه سنی ۲۰-۲۴ ساله، ۱۱ درصد در گروه سنی ۲۹-۲۵ ساله، ۱۰ درصد



در گروه سنی ۳۰-۳۴ ساله، ۱۰ درصد در گروه سنی ۳۹-۳۵ ساله، ۹ درصد در گروه سنی ۴۴-۴۰ ساله، ۵ درصد در گروه سنی ۴۹-۴۵ ساله، ۸ درصد در گروه سنی ۵۴-۵۰ ساله، ۷ درصد در گروه سنی ۵۹-۵۵ ساله و ۶ درصد در گروه سنی ۶۴-۶۰ ساله قرار گرفتند. متغیرهای اصلی تحقیق شامل؛ احساس امنیت در شش بعد احساس امنیت فکری، احساس امنیت هویتی، احساس امنیت اجتماعی، احساس امنیت فرهنگی، احساس امنیت سیاسی و احساس امنیت اقتصادی است و سلامت اجتماعی در پنج بعد یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی است. در جداول زیر جهت توصیف داده‌ها رتبه‌بندی نمره پاسخگویان در زمینه متغیرهای اصلی تحقیق ارائه شده است:

جدول ۲. توزیع فراوانی متغیر سن

سن	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
۱۵-۱۹	۴۲	۰/۱۱	۰/۱۱
۲۰-۲۴	۵۴	۰/۱۵	۰/۲۶
۲۵-۲۹	۴۸	۰/۱۳	۰/۳۹
۳۰-۳۴	۴۳	۰/۱۱	۰/۵۰
۳۵-۳۹	۴۱	۰/۱۰	۰/۶۰
۴۰-۴۴	۳۹	۰/۱۰	۰/۷۰
۴۵-۴۹	۳۵	۰/۹	۰/۷۹
۵۰-۵۴	۳۱	۰/۸	۰/۸۷
۵۵-۵۹	۲۸	۰/۷	۰/۹۴
۶۰-۶۴	۲۴	۰/۶	۱۰۰

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج جدول ۳ نیز نشان می‌دهد ۲۷ درصد از پاسخگویان احساس امنیت با رتبه کم دارند، ۵۳ درصد از پاسخگویان گرایش احساس امنیت در حد متوسط دارند و ۲۰ درصد از پاسخگویان احساس امنیت در حد بالا دارند.

جدول ۳. رتبه‌بندی نمره پاسخگویان در زمینه متغیر احساس امنیت

رتبه	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
کم	۱۰۷	۰/۲۷	۰/۲۷
متوسط	۲۰۳	۰/۵۳	۰/۸۰
بالا	۷۵	۰/۲۰	۰/۱۰۰
کل	۳۸۵	۰/۱۰۰	

منبع: یافته‌های پژوهش

همان‌طوری که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد ۳۵ درصد از پاسخگویان سلامت اجتماعی در حد کم دارند، ۴۲ درصد سلامت اجتماعی در حد متوسط دارند و ۳۳ درصد از پاسخگویان سلامت در حد بالا دارند.

جدول ۴. رتبه‌بندی نمره پاسخگویان در زمینه متغیر سلامت

رتبه	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
کم	۱۳۵	۰/۳۵	۰/۳۵
متوسط	۱۶۴	۰/۴۲	۰/۷۷
بالا	۸۶	۰/۲۳	۰/۱۰۰
کل	۳۸۵	۰/۱۰۰	

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج جدول ۵ نیز نشان می‌دهد بین احساس امنیت در تمام ابعاد فرهنگی، اجتماعی، هویتی، سیاسی، اقتصادی، فکری و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج جدول بیانگر این است که احساس امنیت فرهنگی، احساس امنیت اجتماعی و احساس امنیت هویتی دارای بیشترین ضریب همبستگی با سلامت اجتماعی هستند.



جدول ۵. نتایج آزمون ضرایب همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته

سطح معناداری	سلامت	متغیر	
۰/۰۰۰۰	۰/۷۶	شدت رابطه	احساس امنیت فرهنگی
۰/۰۰۰۰	۰/۷۲	شدت رابطه	احساس امنیت اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۶۹	شدت رابطه	احساس امنیت هویتی
۰/۰۰۰	۰/۵۱	شدت رابطه	احساس امنیت سیاسی
۰/۰۰۰	۰/۴۸	شدت رابطه	احساس امنیت اقتصادی
۰/۰۰۰	۰/۶۳	شدت رابطه	احساس امنیت فکری

منبع: یافته‌های پژوهش

در نهایت، به منظور روابط چند متغیری چندگانه و اثرات جمعی و همزمان متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته پژوهش، از تکنیک تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شده است. با توجه به تعداد زیاد متغیرهای مستقل، از روش گام به گام^۱ یا مرحله به مرحله استفاده شده است. در روش گام به گام اولین متغیر مستقل بر اساس بالاترین ضریب همبستگی صفر مرتبه با متغیر وابسته وارد تحلیل می‌شود، از آن پس سایر متغیرهای مستقل بر حسب ضریب همبستگی در تحلیل وارد می‌شوند (سرمد و دیگران، ۱۳۸۲). در این روش احتمال دارد برخی از متغیرهایی که در مرحله اول دارای قدرت تبیین بالایی بودند در مراحل بعدی حذف شوند. در هر مرحله متغیر با متغیرهایی باقی می‌ماند که پس از تفکیک مشارکت متغیرهای مقدم بر آن‌ها دارای بیشترین مجذور همبستگی R باشد (ساعی، ۱۳۸۱).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۶. تحلیل رگرسیون اثر احساس امنیت بر سلامت اجتماعی

ردیف	نام متغیر	B	SEB	Beta	T	P
۱	احساس امنیت فرهنگی	۰/۶۹۱	۰/۶۸۷	۰/۲۳۱	۶/۱۸۶	۰/۰۰۰
۲	احساس امنیت هویتی	۰/۵۴۱	۰/۶۱۸	۰/۱۹۷	۶/۷۵۱	۰/۰۰۰
۳	احساس امنیت اجتماعی	۰/۴۹۸	۰/۴۹۶	۰/۱۸۸	۶/۹۳۱	۰/۰۰۰
۴	احساس امنیت فکری	۰/۴۵۶	۰/۳۲۱	۰/۱۱۲	۴/۲۹۴	۰/۰۰۰
۵	احساس امنیت سیاسی	۰/۳۸۰	۰/۱۶۶	۰/۰۸۷	۳/۸۸۵	۰/۰۰۰

منبع: یافته‌های پژوهش

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
۱	۰/۶۴۶	۰/۶۲۳	۰/۵۶۳	۵/۸۶۴۹۴

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون احساس امنیت بر سلامت اجتماعی نشان می‌دهد با توجه به سطح معنی‌داری کمتر از ۵ صدم، ابعاد احساس امنیت بر سلامت اجتماعی اثر گذاشته که به ترتیب میزان اثر بتا (Beta) عبارتند از: احساس امنیت فرهنگی (۲۳ درصد)، احساس امنیت هویتی (۱۹ درصد)، احساس امنیت اجتماعی (۱۸ درصد)، احساس امنیت فکری (۱۱ درصد)، احساس امنیت سیاسی (۸ درصد) می‌باشد. به‌طور خلاصه می‌توان گفت الگوی رگرسیون با توجه به نتایج آماری ارائه شده پذیرفته می‌شود و با توجه به این نتایج فرض H_0 تحقیق مبنی بر عدم تأثیر احساس امنیت بر سلامت اجتماعی رد و فرض H_1 تحقیق مبنی بر تأثیر احساس امنیت بر سلامت اجتماعی تأیید می‌گردد. در واقع نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل احساس امنیت فرهنگی، احساس امنیت هویتی، احساس امنیت اجتماعی، احساس امنیت فکری و احساس امنیت سیاسی به ترتیب بیشترین اثر را بر متغیر سلامت اجتماعی دارند، به‌عبارتی از بین متغیرهای مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان به‌عنوان متغیر وابسته، بیشترین اثر را متغیر احساس امنیت فرهنگی و کم‌ترین اثر را متغیر احساس امنیت سیاسی دارد.



بحث و نتیجه‌گیری

سلامت اجتماعی هم تحت تأثیر پارامترهای اجتماعی و فرهنگی است و هم بر پارامترهای اجتماعی و فرهنگی اثرگذار است. هرچند سلامت زنان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی مهم‌ترین بنیان سلامت جامعه محسوب می‌شود؛ اما، در مقایسه با دیگر ابعاد سلامت، سلامت اجتماعی این گروه کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در واقع سلامت اجتماعی کیفیت و چگونگی پیوستگی و تعامل فرد در اجتماع را در برمی‌گیرد. از سویی نقش و اهمیت مسأله امنیت در پیشرفت هر جامعه‌ای تا بدان جاست که آن را بستر و پیش‌نیاز هر گونه توسعه‌ای می‌دانند و بدون وجود امنیت اجتماعی، رشد و شکوفایی استعدادها، خلاقیت‌ها و فعالیت‌های ارزشمند در یک جامعه امکان‌پذیر نخواهد بود. از طرفی مفهوم احساس امنیت اجتماعی یکی از شاخصه‌های کیفی زندگی اجتماعی است و آسیب‌های اجتماعی و از جمله کاهش سلامت اجتماعی از مهم‌ترین پیامدهای کاهش احساس امنیت اجتماعی به‌شمار می‌روند. احساس امنیت از نیازها و ضرورت‌های پایه‌ای فرد و جامعه تلقی می‌شود که فقدان و اختلال در آن نگران‌کننده است و تبعات خطرناکی به‌دنبال دارد. می‌توان گفت احساس امنیت فرآیند روانی و اجتماعی است که به صورت پروسه‌ای شکل می‌گیرد و محصول تعاملاتی است که از ارتباط ساختار و عاملیت نشأت می‌گیرد، به گونه‌ای که اکثر افراد جامعه بر اساس نیازها و توانمندی‌های خود در ایجاد یا از بین بردن آن نقش اساسی دارند.

هدف این پژوهش تبیین جامعه‌شناختی تعیین‌کنندگان مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان شهر بروجرد است: متغیرهای اصلی تحقیق شامل؛ احساس امنیت در شش بعد احساس امنیت فکری، احساس امنیت هویتی، احساس امنیت اجتماعی، احساس امنیت فرهنگی، احساس امنیت سیاسی و احساس امنیت اقتصادی است و سلامت اجتماعی در پنج بعد یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی مورد سنجش قرار گرفته‌اند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد ۲۷ درصد از پاسخگویان احساس امنیت با رتبه کم دارند، ۵۳ درصد از پاسخگویان احساس امنیت در حد متوسط و ۲۰ درصد از پاسخگویان احساس امنیت در حد بالا دارند. همچنین، نتایج نشان می‌دهد ۳۵ درصد از پاسخگویان سلامت اجتماعی در حد کم، ۴۲ درصد در حد متوسط و ۳۳ درصد از پاسخگویان سلامت اجتماعی در حد بالا دارند. نتایج آزمون‌های همبستگی نشان داد بین احساس امنیت فرهنگی و سلامت اجتماعی ۷۶ درصد،

بین احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی ۷۲ درصد، بین احساس امنیت هویتی و سلامت اجتماعی ۶۹ درصد، بین احساس امنیت سیاسی و سلامت اجتماعی ۵۱ درصد، بین احساس امنیت اقتصادی و سلامت اجتماعی ۴۸ درصد و بین احساس امنیت فکری با سلامت اجتماعی زنان شهر بروجرد ۶۳ درصد رابطه معنی‌داری وجود دارد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نیز نشان می‌دهد، احساس امنیت بر سلامت اجتماعی اثر تعیین‌کننده دارد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون احساس امنیت بر سلامت اجتماعی نشان می‌دهد با توجه به سطح معنی‌داری کمتر از ۵ صدم، ابعاد احساس امنیت بر سلامت اجتماعی اثر گذاشته که به ترتیب میزان اثر بتا (Beta) عبارتند از: احساس امنیت فرهنگی (۲۳ درصد)، احساس امنیت هویتی (۱۹ درصد)، احساس امنیت اجتماعی (۱۸ درصد)، احساس امنیت فکری (۱۱ درصد)، احساس امنیت سیاسی (۰/۰۸) است. به‌طور خلاصه می‌توان گفت الگوی رگرسیون با توجه به نتایج آماری ارائه شده پذیرفته می‌شود و با توجه به این نتایج فرض H_0 تحقیق مبنی بر عدم تأثیر احساس امنیت بر سلامت اجتماعی رد و فرض H_1 تحقیق مبنی بر تأثیر احساس امنیت بر سلامت اجتماعی تأیید می‌گردد. در واقع نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل احساس امنیت فرهنگی، احساس امنیت هویتی، احساس امنیت اجتماعی، احساس امنیت فکری و احساس امنیت سیاسی به ترتیب بیشترین اثر را بر متغیر سلامت اجتماعی دارند، به عبارتی از بین متغیرهای مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان به‌عنوان متغیر وابسته، بیشترین اثر را متغیر احساس امنیت فرهنگی و کم‌ترین اثر را متغیر احساس امنیت سیاسی دارد. در ارتباط با سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از سازه‌های مفهومی مهم جامعه‌شناختی می‌توان گفت، سلامت اجتماعی از اساسی‌ترین معیارهای مفهومی هر جامعه‌ای به‌شمار می‌رود. سلامت اجتماعی به مفهوم کلاسیک به معنای مقابل آن یعنی بیماری تعریف می‌شد، اما، در رویکرد جدید سلامت نه به معنای نبود بیماری، بلکه به مثابه آسایش جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می‌شود و این نگاه، معطوف به پیشگیری از بیماری‌هاست. این چرخش پارادایمی در حوزه سلامت اجتماعی باعث شده است سلامت نه به‌عنوان مفهومی ایستا بلکه به‌عنوان مفهومی پویا در نظر گرفته شود که درهم تنیده با مفهوم توسعه و رفاه است و در معرض بازاندیشی مستمر جهت ارتقاء و توسعه کیفی است؛ از سویی همه افراد، گروه‌ها، قشرها، اجتماعات و به‌عبارتی همه جامعه در شکل‌گیری و ساخت آن فعال‌اند و مشارکت و مسئولیت دارند. در رویکرد جدید به سلامت اجتماعی ضروری است که عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر شکل‌گیری سلامت اجتماعی کانون



توجه جامعه و سیاستگذاران باشد. در واقع افرادی می‌توانند برای جامعه خود نقش‌آفرین باشند که از سلامت اجتماعی برخوردار باشند.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت سلامت اجتماعی منجر به تداوم چرخه توسعه‌یافتگی می‌شود و برعکس سلامت اجتماعی پایین، زنجیره توسعه‌نیافتگی را تداوم خواهد بخشید. سلامت زنان که نیمی از جامعه هستند، هم از ساختار سلامت جامعه اثر می‌پذیرد و هم بر ساختار سلامت اجتماعی اثرگذار است. زنان در جامعه پذیری، فرهنگ پذیری، یادگیری، انتقال دانش و توسعه مهارت‌ها و توانایی‌های اجتماعی افراد جامعه به‌طرز قابل توجهی نقش‌آفرین هستند و بی‌توجهی به سلامت اجتماعی زنان می‌تواند منجر به بی‌تعادلی روانی و اجتماعی شود و یا به‌عبارتی سلامت اجتماعی جامعه را تحت تأثیر منفی خواهد گذاشت. از سویی امروزه نقش و اهمیت مسأله امنیت و احساس امنیت در پیشرفت هر جامعه‌ای تا بدان پایه است که آن را بستر و پیش‌نیاز هر گونه توسعه‌ای می‌دانند. همچنین، بدون وجود امنیت و احساس امنیت اجتماعی، رشد و شکوفایی استعدادها، خلاقیت‌ها و فعالیت‌های ارزشمند در یک جامعه امکان‌پذیر نخواهد بود. در واقع احساس امنیت نقشی تعیین‌کننده و بسیار اساسی در تأمین و توسعه سلامت اجتماعی دارد؛ اساساً آرامش، شکوفایی، بروز استعدادها و خلاقیت‌ها و سلامت اجتماعی زنان به‌عنوان نیمی از جامعه در سایه احساس امنیت حاصل خواهد شد که به نوبه خود سلامت جامعه را نیز می‌تواند به‌همراه داشته باشد. در واقع زنانی که از احساس امنیت بالاتری برخوردار باشند، از نظر سلامت اجتماعی نیز در وضعیت مطلوبتری قرار می‌گیرند و به‌عنوان شهروندانی فعال‌تر و توانمندتر در ساخت جامعه‌ای توسعه‌یافته نقش‌آفرینی خواهند کرد؛ لذا، توجه بیش از پیش سیاستگذاران و جامعه نسبت به سلامت اجتماعی زنان و فراهم کردن زیرساخت‌های آن امری بسیار ضروری و تعیین‌کننده است. نتایج پژوهش با تحقیق (شربتیان، ۱۳۹۷) مبنی بر اثرگذاری امنیت به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اجتماعی اثرگذار بر سلامت اجتماعی همسو می‌باشد. همچنین، نتایج این تحقیق با پژوهش (رضایی، ۱۳۹۴) در خصوص رابطه علی احساس امنیت و سلامت اجتماعی همسو و سازگار است. به‌طور خلاصه می‌توان گفت افرادی می‌توانند برای جامعه خود نقش‌آفرین باشند که از سلامت اجتماعی برخوردار باشند. سلامت اجتماعی منجر به تداوم چرخه توسعه‌یافتگی می‌شود و برعکس سلامت اجتماعی پایین، زنجیره توسعه‌نیافتگی را تداوم خواهد بخشید. سلامت زنان که نیمی از جامعه هستند، هم از ساختار سلامت جامعه اثر می‌پذیرد و هم بر ساختار سلامت

اجتماعی اثرگذار است. از سویی امروزه نقش و اهمیت مسأله امنیت و احساس امنیت در پیشرفت هر جامعه‌ای تا بدان پایه است که آن را بستر و پیش‌نیاز هر گونه توسعه‌ای می‌دانند. به اتکا به نتایج تحقیق می‌توان گفت احساس امنیت به‌عنوان یک سازه جامعه‌شناختی مهم، اثری تعیین‌بخش بر سلامت اجتماعی زنان دارد. در واقع احساس امنیت جوهره و بستر اصلی سلامت اجتماعی است و بدون فراهم کردن بسترهایی که منجر به احساس امنیت در ابعاد اجتماعی، فرهنگی، فکری، هویتی، اقتصادی و سیاسی، سلامت اجتماعی محقق نخواهد شد.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت زنان نقشی بنیادی در سلامت اجتماعی جامعه دارند و دستیابی به توسعه همه‌جانبه در گرو سلامت اجتماعی زنان خواهد بود. لذا، پیشنهاد می‌شود در زمینه احساس امنیت به‌عنوان سازه‌ای مهم که پیش شرط حیات اجتماعی سالم و پویا است و سلامت اجتماعی زنان به‌عنوان نیروهای اجتماعی اثرگذار بر سلامت جامعه و توسعه اجتماعی، تحقیقات بیشتری هم از نوع کمی و هم کیفی صورت گیرد و متناسب با نتایج تحقیقات این حوزه بسیار مهم در راستای فراهم کردن زیر ساخت‌های سلامت اجتماعی زنان به مثابه شاخص مهمی از توسعه اجتماعی، سیاست‌گذاری‌های اجتماعی و فرهنگی مناسب صورت گیرد. همچنین، با استناد به نتایج تحقیق که تعیین‌بخشی احساس امنیت بر سلامت اجتماعی زنان را نشان می‌دهد و با عنایت به نتایج تحقیق که بیشترین اثرگذاری را در بعد احساس امنیت اجتماعی و احساس امنیت هویتی نشان می‌دهد، پیشنهاد می‌شود زیر ساخت‌های لازم جهت ارتقاء احساس امنیت در ابعاد مختلف، به‌ویژه بعد فرهنگی، اجتماعی و هویتی احساس امنیت زنان فراهم شود.



منابع

- بهزاد، داوود. (۱۳۸۱). سرمایه اجتماعی بستری برای ایجاد سلامت روان. *رفاه اجتماعی*، ۲(۶)، ۴۳-۵۳.
- بیات، بهرام. (۱۳۸۸). جامعه‌شناسی احساس امنیت. تهران، انتشارات امیرکبیر.
- ترابی، یوسف و گودرزی، آیت. (۱۳۸۳). ارزش‌ها و امنیت اجتماعی. *دانش انتظامی*، ۶(۲)، ۴۶-۳۱.
- توسلی، غلامعباس. (۱۳۶۹). نظریه‌های جامعه‌شناسی، انتشارات سمت.
- حجازی، الهه، فارسی‌نژاد، معصومه و عسگری، علی. (۱۳۸۶). سبک‌های هویت و پیشرفت تحصیلی: نقش خودکارآمدی تحصیلی. *مجله روان‌شناسی*، ۱۱(۴)، ۳۹۴-۴۱۳.
- رضایی، امید، مظلوم‌خراسانی، محمد و مجدلی، علی‌اکبر. (۱۳۹۴). مطالعه تأثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان مشهد. *امنیت اجتماعی*، ۲(۴۴)، ۱۶۲-۱۳۹.
- ساروخانی، باقر و هاشم‌نژاد، فاطمه. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و احساس امنیت اجتماعی در بین جوانان شهر ساری. *جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، ۲(۲)، ۸۱-۹۴.
- ساعی، علی. (۱۳۸۱). تحلیل آماری در علوم اجتماعی. تهران: انتشارات کیان مهر.
- سام‌آرا، عزت‌الله. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور. *انتظام اجتماعی*، ۱(۱)، ۹-۲۹.
- سجادی، حمیرا و صدرالصادات، جلال. (۱۳۸۳). شاخص‌های سلامت اجتماعی. *اطلاعات سیاسی اقتصادی*، ۱۹(۳-۴)، ۲۴۴-۲۵۳.
- سرمد، زهره. (۱۳۷۸). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگه.
- شربتیان، محمدحسن و ایمنی، نفیسه. (۱۳۹۷). تحلیل جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی جوانان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال در شهرستان قاین). *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۹(۱)، ۱۶۷-۱۸۸.

شربتیان، محمدحسن، جهانشیری، جواد و قاسمی، محمد. (۱۴۰۱). نقش ابعاد هویت اجتماعی در احساس امنیت دبیران مدارس دوره متوسطه دوم شهر مشهد. *مطالعات فرهنگی - اجتماعی خراسان*، ۱۶(۳)، ۹۳-۱۲۸.

شولتز، دوآن و شولتز، سیدنی آلن. (۱۳۷۵). نظریه‌های شخصیت. ترجمه یحیی سیدمحمدی. نشر تهران.

صالحی، رضا. (۱۳۸۵). امنیت اجتماعی، ویژگی‌ها و پیامدها. *امنیت عمومی*، ۱(۱)، ۳۵-۵۵.

صدیق‌سروستانی، رحمت‌الله. (۱۳۸۵). امنیت اجتماعی، شهرنشینی و بوم‌شناسی هراس. مجموعه مقالات همایش بررسی نقش روان‌شناسی و مشاوره و مددکاری.

فارسی‌نژاد، معصومه. (۱۳۸۳). بررسی رابطه سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی در دانش‌آموزان پسر و دختر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تهران.

فرخجسته، هوشنگ. (۱۳۸۹). بررسی تاریخی ایستارها و ذهنیت‌ها در ایران و ارتباط آن با امنیت عمومی، تهران، انتشارات وزارت کشور.

کنگرلو، مریم. (۱۳۸۷). سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد در دانشگاه علامه طباطبایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

گیدنز، آنتونی. (۱۳۷۸). تجدد و تشخیص. ترجمه ناصر موفقیان. تهران، نشر نی، چاپ چهارم.

مهرمند، احد، اشرفی‌سلطان‌احمدی، حسین و عزیزی‌نژاد، بهاره. (۱۳۹۰). سلامت روان و نقش آن در بروز رفتارهای پرخطر نوجوانان با تأکید بر امنیت اجتماعی در شهرستان ارومیه. *انتظام اجتماعی*، ۳(۲)، ۸۷-۱۰۲.

نازک‌تبار، حسین، صفارفر، امیر و خمسه، فاطمه. (۱۳۹۸). بررسی ارتباط بین سبک زندگی اسلامی با سلامت اجتماعی و امنیت روانی دانش‌آموزان. *سبک زندگی با محوریت سلامت اجتماعی*، ۳(۳)، ۳۲-۴۰.

هاشمیان‌فر، علی، هواسی، علی، اسماعیل‌زاده، حسن و براتوند، محمود. (۱۳۹۲). بررسی علل گرایش به مصرف مواد نیروزا در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۲. *توسعه اجتماعی*، ۷(۴)، ۷-۲۲.



هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۸). الگویابی با معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل. انتشارات سمت.

یاری، حامد و هزارجریبی، جعفر. (۱۳۹۲). بررسی رابطه احساس امنیت و اعتماد اجتماعی در میان شهروندان (مطالعه موردی شهر کرمانشاه). پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، ۱(۴)، ۵۸-۳۹.

- Bayat, B. (1988). *Sociology of Security Sense*. Tehran, Amirkabir Publications. (In Persian)
- Behzad, D. (2012). social capital is a platform for creating mental health. *Social Welfare*, 2(6), 43-53. (In Persian)
- Blanco, A. & Diaz, D. (2007). Social order and mental health, a social well-being approach. Autonomous University of Madrid, *Psychologie in Spain*, vol.11(5).
- Farrokhjasteh, H. (2009). Historical investigation of attitudes and mentalities in Iran and its relationship with public security. Tehran, Ministry of Interior Publications. (In Persian)
- Farsinejad, M. (2013). Investigation of the relationship between identity styles and social health and academic self-efficacy in second grade male and female high school students in Tehran. Tehran University, Faculty of Psychology, Master's Thesis. (In Persian)
- Giddens, A. (1978). *Modernity and Individuality*, Translated by Nasser Moafaqian. Tehran, Ni Publication, 4th edition. (In Persian)
- Hashemianfar, A., Hawasi, A., Ismailzadeh, H. & Bratund, M. (2013). Investigating the causes of the tendency to use stimulants among high school students in Khorram Abad city in 2012. *Social Development*, 7(4), 7-22. (In Persian)
- Hejazi, G., Farsinejad, M. & Asgari, A. (2016). Identity styles and academic achievement: the role of academic self-efficacy. *Journal of Psychology*, 11(4), 413-394. (In Persian)
- Homan, H. A. (2008). *Modeling with Structural Equations Using Laserl Software*, Samet Publications. (In Persian)
- Keyes, C. L. M. (2004). *Complete mental health: An agenda for the 21: century washington*.
- Kongerlo, M. (2007). Measuring the social health of witness and non-witness students in Allameh Tabatabai University. Master's Thesis of Social Work of Allameh Tabatabai University. (In Persian)
- Larson, J. (1993). The measurement of social well-being. *Social Indicators Research*, 28, 285-296.

- Leffert, N., Benson, P. L., Scale, P. C., Sharma, A. R., Dynne, R. & Blyth, D. D. (1998). Developmental assets: Measurement and prediction of risk behaviors among adolescents. *Applied Developmental Science*, 2(4), 209-300.
- Mehrmand, A., Ashrafi Sultan Ahmadi, H. & Azizin Nejad, S. (2018). Mental health and its role in the emergence of high-risk behaviors of adolescents with an emphasis on social security in Urmia city. *Social Order*, 3(2), 87-103. (In Persian)
- NazokTabar, H., Safarfar, A. & Khamse, F. (2018). Investigating the relationship between Islamic lifestyle and social health and mental security of students. *Lifestyle With a Focus on Social Health*, 3(3), 32-40. (In Persian)
- Novo, R. & Lima, M. (2006). So far so good? subjective and social well-being in Portugal and Europe. *Portuguese Journal of Social Science*, 5(1), 5-33.
- Rezaei, O., Mazloum Khorasani, M. & Majdi, A. A. (2014). Study of the effect of feeling of social security on the social health of citizens of Mashhad. *Scientific and Research Quarterly of Social Security*, 2(44), 139-162. (In Persian)
- Saei, A. (2008). *Statistical Analysis in Social Sciences*. Tehran: Kian Mehr Publications. (In Persian)
- Sajjadi, H. & Sadr al-Sadat, J. (2004). Social health indicators. *Political Economic Information*, 19(4-3), 253-244. (In Persian)
- Salehi, R. (2006). Social security, characteristics and consequences. *Public Security*, 1(1), 35-55. (In Persian)
- Sam-Ara, E. (2008). Examining the relationship between social health and social security with an emphasis on the community-oriented police approach. *Social Order Scientific Research Quarterly*, 1(1), 9-29. (In Persian)
- Sarmad, Z. (1978). *Research methods in behavioral sciences*, Tehran: Age Publications. (In Persian)
- Sarukhani, B. & Hashem-Nejad, F. (2018). Investigating the relationship between social capital and feeling of social security among the youth of Sari city. *Sociology Quarterly of Youth Studies*, 2(2), 81-94. (In Persian)
- Schultz, D. & Shultz, S. (1975). *Personality Theories*. Translated by Yahya Seyed Mohammadi. Tehran publication.
- Sediq Sarostani, R. (1985). Social security, urbanization and the ecology of fear. *Collection of Articles of the Conference on the Role of Psychology and Counseling and Assistance*. (In Persian)
- Shapiro, A. & Corey Lee, M. (2007). Marital status and social well-being: Are the married always better off. *Social Indicators Research*, 88(2), 329-346.



- Sharbatian, M. & Imani, N. (2017). Sociological analysis of social health of young people and the factors affecting it (case study: Youth aged 18 to 30 years in Qain city). *Applied Sociology*, 29(1), 167-188. (In Persian)
- Tavasoli, G. (1969). *Sociological Theories*, Samt Publications. (In Persian)
- Turabi, Y. & Godarzi, A. (2013). Values and social security. *Police Science Quarterly*, 6(2), 31-46. (In Persian)
- Yari, H. & Hazarjaribi, J. (2012). Investigating the relationship between the sense of security and social trust among citizens (a case study of Kermanshah city). *Strategic Researches on Security and Social Order*, 1(4), 39-58. (In Persian)



© 2023 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BYNC 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

نویسنده

nalahdadi@pnu.ac.ir

نورالدین الهدادی

استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی